

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

239

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure*

Par A. DORDONNAT

Né à Mehun-sur-Yèvre (Cher), le 9 janvier 1870

DES ÉPANCHEMENTS

Uro-hématiques périrénaux consécutifs aux traumatismes du rein

*Président, M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.  
                  } TUFFIER, WALTHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896



239

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554029\\_0077](https://archive.org/details/IA41554029_0077)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

# THÈSE

N°

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896 à 1 heure*

Par A. DORDONNAT

Né à Mehun-sur-Yèvre (Cher), le 9 janvier 1870

---

### DES ÉPANCHEMENTS

Uro-hématiques périrénaux consécutifs aux traumatismes du rein

---

*Président, M. TILLAUX, professeur.*

*Juges : MM. Fournier, professeur.*  
*Tuffier, Walther, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                 | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                            | MM.            |
| Anatomie . . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                              | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                            | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                    | N.             |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                          | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                            | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                        | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie. . . . .                                                     | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                        | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie. . . . .                                                  | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                              | POUCHET.       |
| Hygiène. . . . .                                                        | LANDOUZY       |
| Médecine légale. . . . .                                                | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                           | LABOULBENE.    |
|                                                                         | STRAUS.        |
|                                                                         | G. SEE.        |
| Clinique médicale. . . . .                                              | POTAIN.        |
|                                                                         | JACCOUD.       |
|                                                                         | HAYEM.         |
|                                                                         | GRANCHER.      |
| Maladie des enfants. . . . .                                            | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                       | TILLAUX.       |
|                                                                         | BERGER.        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | DUPLAY.        |
|                                                                         | LE DENTU.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                      | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                       | TARNIER.       |
|                                                                         | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

## Agrévés en exercice.

|             |                |                   |                 |
|-------------|----------------|-------------------|-----------------|
| <b>MM.</b>  | <b>GAUCHER</b> | <b>MARIE</b>      | <b>SEBILEAU</b> |
| ACHARD      | GILBERT        | MÉNÉTRIÉ          | THIERRY         |
| ALBARRAN    | GILLES DE LA   | NELATON           | THOINOT         |
| ANDRE       | TOURETTE       | NETTER.           | TUFFIER         |
| BAR         | GLEY           | POIRIER, chef des | VARNIER         |
| BONNAIRE    | HARTMANN       | travaux anatomi-  | WAETHER         |
| BROCA       | HEIM           | ques.             | WEISS           |
| CHANTEMESSE | LEJARS         | RETTÉTER          | WIDAL           |
| CHARRIN     | LETULLE        | RICARD            | WURTZ           |
| CHASSEVANT  | MARFAN         | ROGER             |                 |
| DELBET      |                |                   |                 |

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE D<sup>r</sup> TUFFIER

Professeur agrégé  
Chirurgien de la Maison municipale de santé

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à l'École de Médecine  
Membre de l'Académie de Médecine  
Chirurgien à l'Hôpital de la Charité  
Commandeur de la Légion d'honneur

DES ÉPANCHEMENTS  
URO-HÉMATIQUES PÉRIRÉNAUX  
CONSÉCUTIFS AUX TRAUMATISMES DU REIN

---

*INTRODUCTION*

Pendant l'année d'externat que nous avons passée dans le service de M. Th. Anger, à l'hôpital Beaujon, M. Tuffier eut l'occasion d'étudier devant nous deux cas très intéressants de contusions du rein avec épanchements uro-hématiques périrénaux consécutifs, et dans la suite notre maître nous donna l'idée de faire notre thèse inaugurale sur cette complication encore peu connue des traumatismes du rein.

Nous avons recherché dans les travaux sur la contusion du rein des observations qui pouvaient nous permettre d'appuyer nos conclusions sur des bases solides; malheureusement, le temps nous a manqué pour faire une étude complète de la question et nous n'avons pu réunir qu'un petit nombre de faits qui cependant nous semblent suffisants pour entraîner la conviction.

Aussi, dans ce modeste travail, chercherons-nous surtout à démontrer qu'à la suite d'une contusion grave du rein, la tumeur lombaire qui survient n'est pas toujours due à une hydronéphrose, mais qu'elle peut être assez souvent aussi la manifestation extérieure d'un épanchement périrénal, d'une pseudo-hydronéphrose : le peu d'observations que nous avons pu recueillir n'a pas d'autre but. Après les articles publiés par M. Ch. Monod (1) et par MM. Tuffier et Lévi (2), nous n'avons pas la prétention d'apporter des éléments nouveaux importants sur la question et nous nous contenterons de consigner les idées de nos maîtres dans notre thèse.

Nous ferons donc une étude rapide de la contusion du rein en général et de ses degrés, et, lorsque nous connaîtrons le mécanisme de l'épanchement uro-hématique périrénal, nous en étudierons la clinique et nous verrons quelle est la conduite à tenir à son égard.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à MM. les D<sup>rs</sup> Roques, Ch. Monod, Constantin Paul, Hirtz et Galliard, qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous remercierons tout particulièrement le D<sup>r</sup> de Beurmann, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, et nous garderons le meilleur souvenir de notre fructueuse année d'externat passée auprès de M. Th. Anger.

Que notre maître, le D<sup>r</sup> Tuffier, professeur agrégé de l'école de médecine, chirurgien des hôpitaux, à qui nous

1. *Annales génito-urinaires*, 1892, p. 342.

2. *Annales génito-urinaires*, 1895, p. 217.

devons le meilleur de ce que nous savons, veuille bien croire à notre profonde gratitude pour les précieux conseils qu'il nous a donnés, et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui adresser ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

## *ETUDE DE LA CONTUSION DU REIN EN GÉNÉRAL ET DE SES DEGRÉS*

### I. — DÉFINITION.

Il y a contusion du rein toutes les fois qu'un traumatisme a rompu cet organe sans entraîner une solution de continuité des téguments.

### II. — ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME.

La contusion du rein se produit selon deux modes :

- 1° Par action indirecte (commotion) ;
- 2° Par action directe.

Dans le premier cas, elle a lieu à la suite d'un choc brusque, d'une chute sur le périnée, sur le siège, sur les pieds, ou à la suite de mouvements peu intenses mais répétés, comme dans l'équitation. Mais ce premier mode n'est pas bien démontré, et les observations les plus pro-

bantes semblent se rapporter à des sujets dont les reins étaient déjà altérés.

La seconde variété est, au contraire, parfaitement établie. Fréquente chez l'adulte, elle atteint de préférence le côté droit, rarement les deux côtés à la fois. Quant à son mécanisme, il a été étudié par M. Tuffier (1), et nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici comment notre maître le comprend. Le rein, protégé par la cage thoracique et la colonne vertébrale doublée de la masse sacrolombaire, n'est accessible que par l'échancrure iléo-costale. Pour expliquer la lésion, il faut invoquer trois facteurs : la puissance, la résistance et le point d'appui.

La *puissance*, c'est l'agent vulnérant (barre de fer, coup de pied de cheval, tampon de chemin de fer, timon de voiture, etc.), qui pénétrera par la paroi antéro-latérale de l'abdomen surprise à l'état de relâchement, et, par suite, protégeant mal les parties profondes. Mais parmi les agents contondants, il faut distinguer les corps étroits des corps larges, car, si les premiers provoquent des lésions isolées du rein, les seconds ne pourront pénétrer dans l'échancrure iléo-costale et comprimer la glande qu'en fracturant les côtes et en lésant des organes voisins, comme le foie ou la rate.

La *résistance* est constituée par la paroi abdominale, les viscères sous-jacents et le parenchyme rénal. La paroi abdominale, très élastique, laisse broyer l'organe sans être rompue elle-même et sans présenter seulement une ecchymose, dans la majorité des cas. Le rein, lui, est

1. Tuffier (*Traumatismes du rein*, *Gazette générale de médecine*, 1889).

protégé par sa *capsule*, mince il est vrai, mais pourtant très résistante. De plus, il est *mobile*, ce qui lui permet d'esquiver les chocs ; aussi pour être rompu, faut-il qu'il ait un point d'appui, qu'il soit « calé ».

Le *point d'appui* est artificiel ou naturel. *Artificiel*, c'est le tronc d'arbre, la roue de voiture, le tampon de chemin de fer, contre lesquels la région lombaire est appuyée ; *naturel*, c'est le squelette lui-même, la région lombaire n'étant pas soutenue par un plan résistant, et à ce propos, M. Tuffier a montré « expérimentalement et cliniquement que peut-être la douzième côte, et certainement l'apophyse transverse de la première lombaire étaient alors les points sur lesquels venait s'écraser le parenchyme rénal. »

### III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions varient depuis la simple ecchymose jusqu'au broiement complet de l'organe et les classiques décrivent trois degrés distincts :

1° Le *premier degré*, caractérisé par des ecchymoses sous-corticales se présentant sous forme de petits épanchements miliaires ou de larges nappes étendues décollant une grande partie de la capsule. Les simples manœuvres de la néphropexie ou de la néphrectomie suffisent pour produire cette lésion.

2° Le *deuxième degré*, dans lequel on trouve en plus des foyers sanguins dans la substance corticale et même dans la substance médullaire. Ces lésions, toujours plus accentuées dans la substance corticale, présentent leur maximum au niveau de la base des pyramides : elles correspondent à la voûte vasculaire rétiforme de l'organe. Là, le parenchyme est rompu, et selon que la rupture intéresse les calices ou demeure interstitielle, le foyer sanguin communique ou non avec les voies urinaires inférieures.

3° Le *troisième degré*, qui diffère complètement des deux précédents en ce que la capsule est rompue. Le rein présente des fissures à bords nets et s'étendant jusqu'aux calices ; elles sont le plus souvent uniques et traversent l'organe de part en part, plus rarement elles sont petites, multiples, disséminées, quelquefois même étoilées. Dans la majorité des cas, le trajet de ces ruptures siège au niveau du hile et est dirigé transversalement de dehors en dedans.

Rayer, Dumesnil (in th. Gargam, Paris, 1881), Morris, rapportent des exemples de traumatismes plus graves, dans lesquels la glande était divisée en deux moitiés, séparées par un épais caillot. Dans une observation de Raynaud (in th. Block, Paris, 1873), le rein gauche était divisé en quatre ou cinq fragments. Enfin le parenchyme peut être réduit en bouillie, et, exceptionnellement, l'artère rénale peut être rompue.

Les lésions du parenchyme s'accompagnent fréquemment d'épanchements sanguins, variables selon que la

capsule est conservée ou déchirée. Si elle est intacte, l'épanchement reste intra-rénal, il y a hématonéphrose ; si, au contraire elle est rompue, l'hémorrhagie se fera autour du rein.

#### RUPTURE DE L'URETÈRE.

Un traumatisme violent qui a lésé le rein peut aussi entraîner en même temps une rupture de l'uretère, et, détail à noter, c'est le plus souvent au niveau de son point d'attache au bassinet que l'uretère se rompt. Quant au mécanisme de la lésion, il y a deux manières de l'envisager : ou bien le conduit vient s'écraser sur l'apophyse transverse de la première lombaire, saillante à ce niveau, tout comme dans la contusion du rein ; ou bien l'uretère est arraché, et c'est toujours au niveau du bassinet qu'il cède, ainsi que les expériences faites sur le cadavre l'ont prouvé (Tuffier).

Les ruptures de l'uretère sont assez fréquentes, (M. Tuffier en a recueilli 12 observations) et il est facile de comprendre qu'à leur suite, l'urine vient s'épancher dans le tissu cellulaire périrénal et former là une pseudo-hydronéphrose.

## EPANCHEMENTS URO-HEMATIQUES PÉRIRÉNAUX

FRÉQUENCE. — MÉCANISME. — ABONDANCE. — EVOLUTION.

Il est difficile de se faire, à l'heure actuelle, une idée nette de la fréquence des épanchements uro-hématiques périrénaux, car l'attention des chirurgiens n'a été que depuis peu de temps attirée sur ce point, et la plupart des observations publiées jusqu'ici sont trop peu explicites pour pouvoir être utilisées.

Quant à leur mécanisme, voici comment il faut le comprendre. Qu'un choc violent vienne refouler la paroi antéro-latérale de l'abdomen, comme cela a lieu le plus souvent, et déchire le parenchyme rénal ainsi que la capsule, le sang s'épanchera autour de l'organe. Supposons qu'en même temps il se soit produit une rupture du bassinnet ou de l'uretère, l'urine viendra se déverser avec le sang, et leur mélange constituera dans l'atmosphère périrénale un épanchement uro-hématique, rétro-péritonéal, le péritoine étant rarement lésé, sauf chez les enfants (Poireault, Th. Paris, 1882. *De la contusion du rein*).

La quantité de liquide ainsi épanché peut être considérable. Chez un malade mort à Guy's Hospital (*Rep.*, 2<sup>e</sup> série, T. II, p. 424), le foyer avait soulevé tout le péritoine, et s'étendait du diaphragme à l'arcade crurale.

M. Letulle (*Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 236), rapporte un fait dans lequel l'épanchement avait fusé jusque dans le canal inguinal en suivant le trajet des vaisseaux spermaticques. Enfin, dans une autopsie de Dumesnil (in th. Gargam, 1881, obs. III), le sang avait filtré sous le feuillet péritonéal jusque dans le petit bassin et venait former une tumeur en arrière de la vessie.

Le jour même, ou quelques jours après l'accident, il se forme une tuméfaction dans le flanc du côté lésé. Cette tuméfaction ira toujours croissante, jusqu'au moment où sa tension intérieure deviendra suffisante pour se faire jour à travers les plaies, déjà en voie de cicatrisation, du parenchyme, de l'uretère ou du bassinnet. A ce moment, apparaîtra une hématurie tardive (Tuffier), et la tumeur se videra peu à peu jusqu'à résolution complète.

Ceci dit, nous allons examiner avec plus de détails les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement des épanchements uro-hématiques périrénaux, suite de contusions du rein.

## SYMPTOMES ET MARCHE

Lorsqu'un malade vient d'être victime d'une contusion grave du rein, il se présente en général à l'état de shock et avec tous les signes d'une hémorrhagie interne : pâleur de la face, lèvres livides, pupilles dilatées, peau et extrémités froides, couvertes de sueur, pouls petit, dépressible, misérable, hypothermie et dyspnée. Il n'est pas rare de constater des contusions sans gravité ou des ecchymoses des membres, et même des fractures de côtes ou du bassin, si l'agent contondant était un corps large (tampon de chemin de fer). Si le blessé ne succombe pas à ce moment, nous verrons défilier sous nos yeux le cortège des symptômes locaux.

*Hématurie primitive.* — L'hématurie primitive marque le début, comme dans toutes les contusions du rein en général. Elle apparaît aussitôt (Obs. I) ou seulement quelques heures après l'accident (trois heures après dans le cas de Yvanoff) (1). Cependant elle peut manquer tout à fait, et son absence ne permet pas de croire à des

1. Obs. III et *Tribune médicale*, 29 juin 1893.

lésions sans gravité. Une fois établie, elle dure sept, huit, quinze et vingt jours. Elle peut même durer beaucoup plus longtemps encore : telle est l'observation de M. Peyrot (1). Un malade se fait une rupture du rein le 6 septembre; le 8 novembre suivant, on l'opère et on constate qu'à cette époque, c'est-à-dire plus de deux mois après l'accident, les vaisseaux du rein saignaient comme au premier jour. Selon l'abondance de l'hématurie primitive, l'urine émise est plus ou moins colorée; elle est tantôt brun foncé, tantôt rouge, comme si le malade urinait du sang pur (Yvanoff), tantôt simplement rosée (Maunoury de Chartres (2)).

*Douleur.* — Lorsque l'hématurie primitive a cessé, il n'est pas rare de voir survenir des douleurs lombaires, s'irradiant vers les cuisses, des douleurs en ceinture, exagérées par les mouvements respiratoires, parfois syncopeales. Ces douleurs sont dues à la présence d'un caillot sanguin dans l'uretère. Ce caillot joue ici le rôle de corps étranger et peut provoquer des crises rappelant les coliques néphrétiques. On a nié l'existence de ces pseudo-coliques néphrétiques, en disant que la cause de la colique néphrétique ne dépend pas de la grosseur du calcul, mais de ses aspérités, et que de gros calculs passent sans douleur, tandis que de petits calculs pointus produisent de violentes coliques.

Il est certain pourtant que chez quelques malades

1. Peyrot (*Bull. Soc. chirurgie*, 21 mars 1894).

2. Obs. IV et *Bull. Soc. anatomique*, 1876, p. 463.

atteints de contusion du rein, la présence d'un caillot sanguin dans l'uretère a provoqué des crises en tout semblables aux coliques néphrétiques : douleurs lombaires s'irradiant vers les cuisses, la vessie, et s'accompagnant de rétraction du testicule vers l'anneau et de picotements au bout de la verge.

Enfin ce qui rend notre conviction plus ferme encore, c'est que ces crises douloureuses se terminent toujours par l'expulsion d'un caillot sanguin tubuliforme.

*Oligurie.* — L'oligurie du début est encore un symptôme des contusions en général. Elle est caractérisée par ce fait que la quantité d'urine émise diminue notablement le premier jour, et augmente progressivement les jours suivants. Ce phénomène provient de ce que le rein normal subit une hypertrophie compensatrice, et excrète davantage au bout de quelques jours.

*Température.* — Nous signalerons ici un fait sur lequel M. Tuffier a attiré notre attention lorsque nous avions les malades sous les yeux : nous voulons parler de l'élévation de la température des premiers jours, et pour exposer ce point intéressant nous ne pouvons mieux faire que de laisser la parole à notre maître. « Un fait très remarquable qu'il nous a été donné d'observer, c'est l'élévation de température des premiers jours, qui existe sans qu'il y ait pour cela infection. Dans un cas, nous avons vu pendant cinq à six jours la température rester à 38°, 38°,5 (Obs. II). Puis, la fièvre est tombée et l'apyrexie s'est maintenue jusqu'à la fin. Dans l'observation I, il y eut une élévation vespérale de température (38°,5), pen-

dant deux jours, avec ictère hémaphéique. Dans une observation de Boiffin (*Annales génito-urin.*, 1893), nous voyons la température monter un soir à 38°,5. Yvanoff (*Tribune médic.*, 29 juin 1893), chez une petite fille de 11 ans, a vu dans les premiers jours du traumatisme, alors que l'urine contenait énormément de sang, une température élevée ; à partir du septième jour, la quantité de sang diminuant, la température baisse, le pouls devient moins fréquent et plus fort. Ch. Monod signale dans son observation, une température de 38° à 38°,4, pendant plusieurs jours, sans qu'il y ait eu une vraie suppuration. Il ne faut donc pas admettre l'existence du pus par le seul fait de la fièvre. Cette fièvre existe dans les épancements sanguins aseptiques. Nous rapprocherons ces faits de ce que nous avons observé à la suite d'hémithorax par balles de revolver. Dans un cas de ce genre, nous avons vu chez un jeune homme de 20 ans, pendant les cinq à six jours qui ont suivi le traumatisme, une température très élevée qui a été jusqu'à 40°. Une ponction faite dans la plèvre à ce moment, n'a donné issue à aucun liquide virulent. D'ailleurs, la fièvre est brusquement tombée, et la température s'est maintenue alors à la normale. Chez une de nos malades, à la suite d'un hémithorax par balle de revolver, nous avons observé à partir du sixième jour, une température oscillant de 38°,6 à 39°,4 pendant quatre jours, sans suppuration de l'épanchement. Nous avons vu le même fait pour des hématoèles rétro-utérines bactériologiquement aseptiques. Il peut donc y avoir un rapport que nous ne pouvons qu'in-

diquer ici, entre l'existence d'un épanchement sanguin dans l'organisme et l'élévation de température. »

*Tumeur lombaire.* — Dès le premier jour, ou dans les deux ou trois jours qui suivent le traumatisme, on peut constater de l'empâtement dans le flanc du côté contus, si toutefois la palpation ne provoque pas des douleurs telles qu'elles rendent toute exploration impossible. Dans l'observation I, par exemple, le malade présente le soir même de sa chute une masse périrénale diffuse, douloureuse.

Mais cette tumeur peut n'apparaître qu'au bout de huit à dix jours. Quand elle existe le premier ou le second jour qui suit l'accident, c'est que l'épanchement, trop abondant pour passer en totalité par l'uretère, s'est déversé par la plaie du rein, du bassinet ou de l'uretère dans le tissu cellulaire périrénal ; si, au contraire, elle ne se manifeste que huit ou dix jours après, elle est due à la présence d'un caillot dans l'uretère. Or, si les plaies du rein ne secrètent pas de liquide urinaire à leur surface, le rein lui-même, quoique contus, n'en continue pas moins à fonctionner (Tuffier), et le liquide excrété s'épanche par la plaie dans l'atmosphère périrénale. Dans la majorité des cas, la tumeur lombaire est aplatie, diffuse, douloureuse. Elle fait corps avec la fosse lombaire et présente une forte saillie en arrière. Elle peut être immobile, dure, de consistance ligneuse, mais parfois aussi, et ces cas sont plus rares, elle est fluctuante (Obs. I). Elle commence avec le rebord des fausses côtes, et, si la contusion siège à droite, il est impossible d'éta-

blir une ligne de démarcation avec le foie. De là elle gagne la fosse iliaque qu'elle remplit tout en débordant la ligne blanche. Elle peut même gagner le scrotum par l'intermédiaire des vaisseaux spermatiques.

*Ecchymose inguinale.* — Au bout de cinq à six jours, il arrive parfois que l'on constate la présence d'une ecchymose sur le trajet du canal inguinal, ou même sur le scrotum du côté contus. Cette ecchymose inguinale ou ecchymose à distance, signalée par Dumesnil (in th. Gargam, 1881) est intéressante en ce qu'elle est toujours l'indice d'une déchirure de la capsule rénale avec épanchement sanguin rétro-péritonéal abondant. Il semble à première vue que ce doive être là un symptôme de premier ordre pour diagnostiquer une rupture grave du rein. Malheureusement, dit M. Tuffier, c'est un symptôme inconstant, et, si l'on examine les cinq cas où elle a été notée, on trouve trois fois une fracture concomitante du bassin. Les deux autres cas sont par suite insuffisants pour donner à cette ecchymose l'importance que lui attribuent Dumesnil et Gargam.

Ainsi se déroule la première phase de la maladie. Nous arrivons au huitième ou au dixième jour. Nous sommes en face d'un malade dont l'état général est satisfaisant. Les urines sont claires ou simplement rosées ; la région lombaire est le siège d'une tuméfaction énorme, douloureuse.

*Hématurie tardive.* — Au début de la seconde période, l'épanchement s'ouvre dans le bassinet ou dans l'uretère, et une nouvelle hématurie apparaît. La tumeur lombaire

qui n'a cessé d'augmenter depuis le début de sa formation est devenue énorme, grâce à l'arrivée continuelle du sang et de l'urine dans l'atmosphère périrénale. Aussi, à un moment donné, sa tension est devenue telle, qu'elle a forcé les plaies du rein, de l'uretère ou du bassin, et qu'elle s'est fait jour dans les voies urinaires inférieures.

Cette hématurie survient, en général, sans que rien chez le malade ne la fasse prévoir, mais elle peut aussi s'accompagner de symptômes prémonitoires : sensation d'étouffement, douleurs en ceinture, pseudo-coliques néphrétiques, comme au moment où l'hématurie primitive a cessé. Elle diffère absolument de l'hématurie secondaire de la contusion du rein en général; aussi l'a-t-on appelée hématurie tardive (Tuffier). « Les hématuries secondaires, disent MM. Tuffier et Levi, souvent consécutives à la chute d'une eschare, ne diffèrent généralement pas des hématuries primitives, à moins que le sang se soit coagulé ou ait séjourné longtemps dans l'uretère. D'ordinaire, ce sont de nouvelles hémorrhagies où le sang est rouge et présente des globules de forme normale, tandis que dans nos hématuries tardives, le sang était brun foncé et renfermait des globules très déformés, attestant la date déjà ancienne de l'épanchement.

Chez nos malades, les urines ont présenté une gamme de coloration progressivement croissante, puis décroissante. D'abord brunes, elles sont bientôt devenues noires, plus noires que dans l'hématurie du début, laissant déposer une poussière noirâtre, mais pas de caillots, tandis que dans l'hématurie primitive, le sang rouge laissait déposer des caillots. Puis, nous avons vu les

urines redevenir brunes et leur teinte a été progressivement en diminuant ».

Une seule observation signale la présence d'un caillot au moment de l'hématurie tardive : c'est celle de Maunoury, de Chartres.

L'examen microscopique des urines a été fait par MM. Tuffier et Lévi. Cet examen leur a montré « des globules blancs et surtout des globules sanguins profondément déformés, crénelés, rétractés, différant des hématies normales observées dans les hématuries du début. Cet état des globules sanguins plaide donc puissamment en faveur de l'évacuation d'un foyer ancien. »

La quantité des urines émises se rapproche alors de la normale ; elles oscillent entre un litre et un litre et demi.

Si, à cette période, on examine le malade avec soin, on constate qu'au fur et à mesure que le malade émet des urines sanglantes, la tuméfaction lombaire diminue de volume ; elle devient moins dure, moins douloureuse. Il existe donc un rapport de cause à effet entre la présence de l'hématurie tardive et l'évacuation de l'épanchement. Cela est si vrai, qu'à un moment donné, par suite des mictions répétées d'urines hématuriques, la tension dans la poche périrénale devient pour ainsi dire nulle, et alors l'hématurie cesse. Ainsi donc, quand l'hématurie tardive aura disparu, l'épanchement ne sera pas vidé complètement, et le liquide uro-hématique existant encore disparaîtra lentement par résorption.

Quant à la durée des hématuries tardives, elle est très

variable : huit jours (Obs. I), quinze jours (Obs. II) et même un mois dans le cas de Maunoury.

A ce moment, l'état général devient de plus en plus satisfaisant. La palpation ne provoque plus de violentes douleurs comme dans les premiers jours ; si la fièvre existait, elle tombe ; c'est alors aussi que disparaît la teinte pseudo-ictérique de la peau (Obs. I), teinte qui n'est pas due aux pigments biliaires, mais à l'hémathéine, teinte qui persiste après l'hématurie primitive et qui est l'indice d'un épanchement sanguin dans l'organisme (Tuffier et Lévi).

Les urines qui contiennent un peu d'albumine, deviennent de plus en plus rosées, puis elles sont jaunes et un peu troubles. Enfin, elles prennent la couleur citrine et la limpidité des urines normales en même temps que l'albumine disparaît. Ce retour des urines normales s'accompagne fréquemment, par opposition à l'oligurie du début, d'une polyurie passagère qui peut durer huit jours, et pendant laquelle le malade émet jusqu'à 2 et 3 litres d'urine en vingt-quatre heures.

« On voit donc, disent MM. Tuffier et Lévi, combien la marche de cette hématurie de la seconde période est spéciale et différente de la première. Pendant la première, la tumeur rénale va progressivement en augmentant ; pendant la seconde, elle diminue de plus en plus ; la première marque un processus hémorragique qui continue d'agir ; la seconde marque l'évacuation d'un foyer hémorragique qui tend vers la résolution. La seconde est donc bien, non une complication, comme le

serait une hémorrhagie secondaire, mais un processus de guérison spontanée. »

DURÉE.

La durée de la maladie est très variable, et il est impossible de fixer le moment où le malade sera complètement guéri, le liquide uro-hématique se résorbant plus ou moins vite dans le tissu cellulaire. C'est ainsi que dans l'observation II, on n'a relevé aucune trace de l'épanchement douze jours après la fin de l'hématurie tardive. Dans l'observation I, la région rénale, explorée deux mois après l'hématurie tardive, laisse sentir encore un petit noyau dur, non douloureux, au niveau de l'extrémité inférieure du rein.

## DIAGNOSTIC

Nous ne ferons pas ici le diagnostic de la contusion du rein en général que l'on trouvera dans les thèses de Paris traitant ce sujet (Block, 1873), (Gargam, 1881), (Poireault, 1882), (Bidault, 1894), mais, étant en présence d'une contusion du rein avec tuméfaction lombaire, nous nous attacherons surtout à établir le diagnostic entre les épanchements périrénaux et les hydronéphroses traumatiques.

Pour cela, nous placerons d'abord le malade reposant bien le dos sur le lit, la paroi abdominale relâchée par la demi flexion des cuisses sur le bassin; puis, nous pratiquerons le palper bimanuel *lentement, constamment et progressivement* avec la surface des mains appuyées l'une sur l'abdomen, l'autre sur la région lombaire (Tuffier).

Si nous trouvons par ce moyen une tumeur arrondie, facile à délimiter, ayant le volume d'un poing et rappelant le rein par sa forme, sa mobilité et sa situation, si cette tumeur ne s'est manifestée que quatre à cinq semaines après l'accident, nous concluons à l'existence

d'un épanchement intra-rénal, d'une hydronéphrose traumatique.

Au contraire, en pratiquant le palper, nous arrivons sur une tuméfaction volumineuse, faisant corps avec la fosse lombaire, débordant la ligne blanche et s'étendant dans le sens vertical du rebord des fausses côtes jusque dans la fosse iliaque qu'elle remplit, cette tumeur est dure, immobile, impossible à délimiter nettement, et s'est formée en dix ou douze jours au plus : dans ces conditions, nous n'hésiterons pas à affirmer qu'il s'agit d'un épanchement périrénal, d'une pseudo-hydronéphrose.

Nous signalerons encore la possibilité d'un diagnostic à établir entre un épanchement uro-hématique périrénal et un phlegmon périnéphrétique. Outre que ce dernier est plus tardif, le malade présente des symptômes fébriles graves, et, quand la tuméfaction apparaît, elle s'accompagne de flexion de la cuisse sur le bassin par contraction du psoas. De plus, il existe de la fluctuation, ce qui est rare dans l'épanchement uro-hématique périrénal.

Dans un récent travail dont nous devons la traduction à l'obligeance de M. Levi, interne des hôpitaux, Paul Wagner (Zür Kenntnis der traumatischen Hydronephrose Leipzig, 1896) prétend qu'à la suite des lésions traumatiques du rein, il s'agit presque sans exception de vraies hydronéphroses, à l'encontre de ce que prétendent les auteurs français. Le cas de Roux (in Th. Ravel, 1870), par exemple, est une combinaison d'hydronéphrose vraie et de grand kyste traumatique développé entre le parenchyme et la capsule. Dans les deux observations citées par MM. Tuffier et Lévi (*Annales génito-urinaires*,

1895, p. 222), l'auteur se demande s'il n'y a pas eu plutôt accumulation du sang dans le bassin par coagulation dans l'uretère (hématohydronephrose). Puis par la pression de l'épanchement dans le bassin, l'obstacle dans l'uretère a été surmonté et alors est survenue l'hématurie tardive. Enfin, ajoute-t-il, les raisons données en faveur de l'épanchement péri-rénal, délimitation peu nette, tuméfaction considérable, dureté, immobilité, peuvent-être dues à des épanchements provenant d'infiltrations musculaires, d'ecchymoses cutanées qui s'accompagnent de contraction douloureuse des muscles et donnent ces caractères à une tumeur rénale.

Pour répondre à ces objections, il nous suffira de rappeler les arguments déjà donnés par M. Ch. Monod (*Annales génito-urinaires*, 1892, p. 342).

Tout d'abord il est impossible d'admettre que toute tuméfaction survenue dans la région lombaire, à la suite d'une contusion du rein est due à une hydronephrose traumatique: ce serait nier l'existence des épanchements périrénaux dont les caractères sont cependant bien nets. Tandis que l'hydronephrose ne dépasse jamais le volume du poing et qu'elle conserve au rein sa forme, l'épanchement périrénal est diffus, mal délimité, et il s'étend du rebord des fausses côtes jusque dans la fosse iliaque qu'il remplit.

La première ne se manifeste extérieurement qu'au bout de quelques semaines et même au bout de quelques mois (4 mois, 4 mois 1/2, Albarran et Legueu) (1); le

1. *Annales génito-urinaires*, 1892, p. 407.

second, au contraire, atteint son maximum en dix ou douze jours, et il est bien difficile d'admettre que la capsule rénale puisse se distendre suffisamment pour contenir une aussi grande quantité de liquide sans se rompre.

Strauss et Germond (1), dans leurs expériences sur la ligature de l'uretère, ont constaté, au vingtième jour, une notable distension de ce conduit, mais jamais cependant de ces tuméfactions énormes signalées dans les épanchements périrénaux.

Nous ne croyons pas davantage que les symptômes physiques des épanchements périrénaux, suite de contusions rénales, soient dûs à des infiltrations musculaires ou à des ecchymoses superficielles, et nous rappellerons ici l'observation publiée par M. Ch. Monod (2). Une ponction, faite dans une tumeur énorme survenue dans le flanc à la suite d'une contusion rénale, donna issue à un liquide qui avait l'aspect de l'urine, et renfermait de l'albumine, un peu d'urée et des globules sanguins.

De plus, la veille de la seconde ponction qui fut faite chez le même malade, on fit prendre au patient une petite dose de salicylate de soude, et, dans le liquide ponctionné le lendemain, on retrouva une quantité notable du médicament. Sans nul doute, le liquide épanché provenait bien du rein et les infiltrations musculaires ne jouaient là aucun rôle.

De même, le Dr Roux, de Lausanne (Obs. VII) a trouvé, dans un cas semblable à celui de M. Ch. Monod, un

1. *Archives de physiologie*, 1882.

2. Ch. Monod, *loc. cit.*

liquide rappelant la composition de l'urine, mais renfermant en plus une masse gélatineuse, que l'examen microscopique montra composée de canalicules urinifères, extrêmement nombreux. La présence de ces tubes rénaux prouve donc bien que l'épanchement s'était fait dans l'atmosphère périrénale, par suite d'une déchirure du rein et du bassinnet ou de l'uretère.

Les autopsies mêmes sont venues confirmer cette manière de voir, et nous terminerons en citant les deux cas de Caesar Hawkins (Obs. X) et de Poland (1).

Dans le premier, une énorme poche, située en dehors du péritoine, remplissait toute la cavité droite du ventre. Le rein était de volume normal, mais le bassinnet présentait deux petites ouvertures par où l'urine avait dû s'épancher dans l'atmosphère périrénale. Quant à l'uretère, il pénétrait dans le rein à la manière ordinaire et n'avait aucune communication avec la poche.

Dans le cas de Poland, on trouva à l'autopsie l'uretère droit complètement arraché juste au niveau du bassinnet.

Donc, sans nier les hydronéphroses traumatiques, quoique, à la vérité, nous les croyons très rares, ces quelques considérations nous paraissent établir suffisamment qu'il est impossible de mettre en doute l'existence de l'épanchement périrénal à la suite d'une contusion du rein.

1. Poland (*Guy's Hosp. Rep.*, 1868, 2<sup>e</sup> série. T. XIV, p.

## *PRONOSTIC. COMPLICATIONS*

Les expériences faites récemment par M. Tuffier ont montré la bénignité relative des déchirures du rein et la grande rapidité avec laquelle elles se réparaient, et notre maître ajoute : « il est un fait de physiologie pathologique générale qui fait loi : à savoir que le mélange du sang et de l'urine provoque une suppuration à brève échéance ; or, il n'est pas de siège mieux disposé pour ce mélange que le rein, cependant la suppuration dans ces accidents est exceptionnelle. » On sait, en effet, que l'urine normale est aseptique.

Les ruptures du rein, non accompagnées de lésions des organes voisins, guérissent donc rapidement, et cette guérison se fait sans suppuration lorsque l'appareil urinaire est sain.

Avant de porter un pronostic, il faut avoir soin de tenir compte des symptômes, car certains d'entre eux peuvent être de nature à l'assombrir ; tels sont : 1° l'anurie qui indique, lorsqu'elle n'est pas d'origine réflexe, l'existence d'un seul rein ou une lésion bilatérale ; 2° l'absence d'hématurie, accompagnée de tuméfaction lombaire et d'un état général grave.

Au contraire, le malade a toutes les chances de guérir

avec une hématurie abondante, si cette hématurie cesse au bout de quelques jours.

Quant à la rétention d'urine due à la présence de caillots sanguins dans la vessie, on en aura raison par un sondage rigoureusement antiseptique.

La complication tardive à redouter, c'est la suppuration de l'épanchement, accident fréquent puisque M. Tuffier l'évalue à 76 o/o. Elle peut survenir quelques semaines et même plus, après l'accident (un mois et demi dans l'observation de Maunoury).

L'infection se manifeste par les symptômes du phlegmon périnéphrétique, la tumeur lombaire devient plus douloureuse, le thermomètre atteint 39° et 40°, la courbe thermique affecte le type rémittent ou intermittent, il y a flexion de la cuisse sur le bassin et œdème de la paroi abdominale. Ces collections purulentes sont graves (7 morts sur 10 cas, Tuffier), et si l'on n'intervient pas, le malade meurt de fièvre hectique, ou bien le pus se déverse dans les organes voisins, ou se fait jour en un point quelconque en laissant une fistule.

Quel est donc le mécanisme de cette suppuration, puisque l'urine et le sang forment un mélange aseptique ?

Pour le cas de Maunoury l'explication est facile à donner, car au début de l'accident, le malade ayant de la rétention d'urine se sonde lui-même ; or, c'est ce cathétérisme septique qui a infecté les caillots contenus dans la vessie, puis l'uretère et la plaie rénale par propagation ascendante. Une ponction septique, une uréthrite, une cystite, un rein albuminurique ou calculeux peuvent entraîner la même conséquence.

Mais en dehors de l'infection locale il existe des causes d'ordre général susceptibles d'entraîner la même complication ce sont : les maladies infectieuses, et lorsque pendant l'évolution d'un épanchement uro-hématique péri-rénal, le malade contractera la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, une infection puerpérale ou la pyohémie, etc., il faudra toujours se rappeler que ces affections peuvent être le point de départ d'un phlegmon péri-néphrétique.

## *TRAITEMENT*

Les épanchements uro-hématiques périrénaux ayant tendance à guérir d'eux-mêmes, la thérapeutique sera des plus simples, et l'intervention immédiate dans les hématuries traumatiques graves, recommandée en Allemagne par Simon de Heidelberg, devra rester encore le plus souvent dans le domaine de la théorie.

Si, après l'accident, le blessé est à l'état de shock, on lui fera des injections sous-cutanées d'éther et on le réchauffera par tous les moyens employés en pareil cas (boissons chaudes, boules d'eau chaude).

On calmera les douleurs par des piqûres de morphine, sans dépasser toutefois la dose de 3 centigrammes, ou par des pilules renfermant 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

On luttera contre l'hémorrhagie en plaçant le malade dans le décubitus horizontal, en faisant une compression modérée de la région lombaire avec un bandage de flanelle, en appliquant une vessie de glace sur la région contuse; on donnera des boissons en abondance pour faciliter l'évacuation des caillots, et le malade sera sou-

mis au régime lacté absolu, jusqu'à ce que l'apyrexie soit complète et jusqu'à ce que la tuméfaction tende à disparaître.

Quant à la rétention d'urine, nous avons dit qu'elle était justiciable du cathétérisme pratiqué avec une antiseptie sévère, vu le danger que l'on pourrait faire courir au malade si l'appareil urinaire venait à être infecté.

L'intervention chirurgicale devra donc être évitée dans la majorité des cas, mais cependant si l'hémorrhagie était tellement violente qu'elle mît la vie du malade en danger, s'il survenait des phénomènes paralytiques par compression nerveuse (Tuffier, *Bull. Soc. Chirurgie*, 4 avril 1894), ou si encore des symptômes fébriles graves apparaissaient, le traitement médical perdrait tous ses droits, et c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faudrait avoir recours. Selon les cas, on liera les vaisseaux rompus, on incisera largement l'atmosphère périrénale, s'il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique, on pratiquera la néphrectomie partielle ou la néphrectomie totale, mais jamais le chirurgien n'oubliera qu'il se trouve le plus souvent en face d'un rein qu'un traumatisme a surpris en bonne santé, aussi la conservation sera-t-elle la règle et la néphrectomie totale ne sera-t-elle pratiquée qu'en désespoir de cause.

## OBSERVATION I

Contusion du rein droit. Hématurie primitive. Epanchement uro-sanguin périrénal. Evacuation par l'uretère au onzième jour simulant une hémorrhagie secondaire.

(Tuffier. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, page 222).

D... Georges, âgé de 20 ans, sténographe, entre salle Gosselin, n° 2, le 19 octobre 1894.

Le malade est amené dans le service le 19 octobre au soir. Il raconte qu'étant à bicyclette, il a été frappé dans la région lombaire droite par le brancard d'une voiture. Il se plaint d'éprouver une vive douleur au niveau du rein droit et cette douleur est exagérée par les mouvements respiratoires.

Pendant la nuit qui suit son entrée, il urine assez souvent, sans qu'on soit obligé de le sonder, et, le matin, on trouve environ un litre d'urine sanglante.

La couleur de ce liquide est brun noir. Le malade n'a pas de passé pathologique urinaire. Il n'accuse pas de blennorrhagie. La température est normale.

On sent une masse diffuse périrénale douloureuse. Pas d'écchymoses.

En présence de ces faits, on juge qu'une intervention n'est pas indiquée. On prescrit le régime lacté absolu.

Le 20 octobre. — Dans la journée, le malade rend un litre d'urine et de sang noir.

Le 21. — Urines moins colorées. Température 37°,4.

Le 22. — Les hématuries ont cessé, mais les urines sont encore un peu foncées. La région du rein droite est encore douloureuse à la pression. A la palpation, on sent que la région lombaire est remplie par du sang infiltré. Ce sang forme une tumeur dure, mais fluctuante, que la main placée sur la région antérieure de l'abdomen peut limiter avec la main placée derrière la région lombaire. Cette infiltration sanguine s'étend jusqu'à la région inguinale de ce côté où on trouve une ecchymose. La température est de  $37^{\circ},4$  le matin,  $38^{\circ},5$  le soir.

Le 23. — Une ecchymose paraît à l'orifice externe du canal inguinal.

Le 24. — Une autre ecchymose paraît à la bourse droite.

Ventre un peu ballonné. Teinte légèrement foncée des téguments.

Le 25. — La teinte pseudo-ictérique s'accroît. Pas de phénomènes généraux. Température normale  $37^{\circ},2$ .

Le 26. — Les urines sont claires, mais l'infiltration sanguine s'étend toujours des lombes à la région inguinale et au scrotum. Le malade a la peau jaunâtre. Les urines paraissent contenir un peu d'hémaphéïne. L'état général se maintient satisfaisant. Pas de fièvre.

Le 26 au soir. — Le malade rend de nouveau des urines hémorrhagiques très foncées. En même temps, la tuméfaction de la région lombaire a diminué. Les ecchymoses ont presque disparu. Température normale.

Le 30. — Les urines sont encore chargées de sang noir. La tuméfaction est encore perceptible. Elle est dure, assez mobile.

Il reste un léger subictère. Souffle léger au premier temps à l'aorte. Claquement valvulaire accentué, battements carotidiens.

Le 2 novembre. — La quantité des urines a beaucoup diminué ainsi que l'empatement. Température normale.

Le 6 novembre. — Les urines sont tout à fait claires. Le ma-

lade sort guéri le 6 décembre. Il ne reste qu'un peu de tuméfaction périrénale.

Le 4 janvier. — Le malade revient nous voir, bien portant ; du côté de l'extrémité inférieure du rein et sur son prolongement, on sent encore un petit noyau dur. La pression n'est plus douloureuse. Urines normales.

## OBSERVATION II

Contusion du rein droit. Epanchement péri-rénal. Evacuation par l'uretère simulant une hémorrhagie secondaire (Tuffier. *Annales des organes génito-urinaires*, 1895, page 224).

H... Pierre, âgé de 35 ans, charretier, entre le 30 novembre 1894. Le malade a reçu le 29 novembre à sept heures du soir, un coup de timon de voiture dans le flanc droit qui l'a obligé à se mettre au lit. La voiture allait au pas, et il a été repoussé de côté et non renversé. Il souffre beaucoup, et présente de la fièvre, mais n'a pas uriné de sang tout de suite. Dans ses antécédents pathologiques, il faut signaler une blennorrhagie, mais il nous dit que maintenant l'écoulement avait cessé et qu'il n'avait jamais eu de pus dans ses urines.

Le 30 novembre au matin survient la première hématurie, six heures environ après l'accident. Il entre alors à l'hôpital. On sent à la palpation du flanc droit une sorte de tumeur diffuse paraissant tenir au rein. Le malade souffre de toute la région lombaire et la palpation augmente ses douleurs. Au niveau de la dernière côte on voit une ecchymose qui suit son trajet. La douleur est bien nette à l'angle costo-vertébral. Les urines sont mêlées de sang

noir, et si le malade n'a pas uriné de sang dès le début, c'est probablement à cause de l'oblitération de l'uretère par un caillot. Les urines sont en quantité normale. Pas de crises néphrétiques, ni de rétention d'urine.

La température est 38°,6 au soir, 38° le 1<sup>er</sup> au matin. Nausées de temps en temps. Pas de vomissements.

Le 1<sup>er</sup> décembre. — Le malade a des urines en quantité normale, mais mêlées de sang noir. La région lombaire ne présente plus d'ecchymoses, mais elle est douloureuse au palper.

Le malade est soumis au régime lacté absolu et on lui applique des vessies de glace *loco dolenti*.

Le 2 décembre. — Les urines sont seulement un peu plus roses que des urines normales. Le malade se sent beaucoup mieux, la région lombaire est moins tuméfiée. Même traitement.

Le 3 décembre. — Le malade a eu dans la journée des crises douloureuses, avec sensation d'étouffement. Il se plaint d'une douleur dans le côté, descendant jusqu'à la cuisse.

Le 5. — Les urines ont à peu près la teinte jaune normale. Elles laissent au fond du vase un léger dépôt blanchâtre d'urates. Etat général excellent. La température s'est maintenue cependant jusque-là à 38° ou 38°,4 le soir.

Le 6. — Le rein est encore deux ou trois fois plus gros que normalement. 37°,6 le matin. A partir du 7 l'apyrexie est complète.

Le 10. — Les douleurs ont disparu, mais le malade se plaint de tousser, de cracher. L'auscultation montre à droite et en arrière des râles de bronchite et à la base des râles fins de congestion pulmonaire. A gauche matité et râles sous-crépitaux à la base. Pas d'égophonie, de pectoriloquie. Dans les crachats on trouve des diplocoques colorés de Gram et des streptocoques, mais pas de bacille de Koch.

Le 11. — Le malade a eu de nouveau une hématurie de sang

noir brun. Le sang est intimement mêlé à l'urine qui est en quantité normale (1 litre et demi environ). Température 36°,3 le matin, 36°,4 le soir.

Le 13. — L'émission des urines chargées de sang continue. Quantité d'urine normale. A l'examen microscopique on y trouve des hématies très altérées, des granulations irrégulières, des cristaux, mais pas de globules de pus. Le malade souffre moins à mesure qu'il vide la collection uro-hématique. La tuméfaction lombaire diminue. Cette tuméfaction qui s'étend jusqu'à l'ombilic est bien périrénale et on sent que la région lombaire est infiltrée. Il y a encore un peu de congestion pulmonaire. Pas de fièvre. Température : 36°,1 le matin.

Le 14. — Même état des urines. Le malade se sent tout à fait bien. L'état reste stationnaire jusqu'au 28 décembre.

Le 28. — Les urines qui étaient de moins en moins colorées ont repris la teinte normale. Il y a un peu de polyurie (2 litres et demi, 3 litres d'urine). Les urines sont seulement un peu troubles.

La tuméfaction lombaire a disparu. Bon état général.

Le 8 janvier. — Les urines sont revenues à la quantité et à la couleur normale. On ne sent rien dans la région lombaire.

Le malade sort guéri le 10 janvier 1895.

### OBSERVATION III

Yvanoff. *Tribune médicale*, 29 juin 1893.

Contusion rénale. Epanchement. Hématurie. Guérison.

Petite fille de 11 ans. Chute de trois mètres.

Pâleur. Douleur dans le flanc gauche. Syncope. Trois heures après urine beaucoup de sang, environ 600 grammes.

Sept heures après, pouls très faible, 136 pulsations, température 36°,8, douleur dans le flanc gauche, tuméfaction gauche diffuse. Ventre ballonné. Matité dans la moitié gauche de l'abdomen, le point le plus douloureux correspond au rein. Diagnostic, rupture du rein et de sa capsule. Repos. Glace. Vin et valériane à l'intérieur.

A cinq heures du matin, urine moins chargée de sang.

Au bout du septième jour. Amélioration. Température baisse. Pouls moins fréquent. Urine moins sanglante.

Au bout d'un mois, plus de sang dans les urines, la malade est guérie.

#### OBSERVATION IV

Déchirure du rein gauche. Suppuration du foyer traumatique. Guérison (Dr Maunoury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres), in th. Brodeur, 1886.

Le 31 août 1883. — Un charretier, âgé de 27 ans, est serré contre un pilier par la chaîne de trait. Douleur violente dans le côté gauche.

Le lendemain l'urine est rose et elle reste telle pendant trois à quatre jours. Le sixième jour après l'accident le malade se lève : les urines sont redevenues parfaitement claires.

Quinze jours après, l'accident le malade fait huit à neuf kilomètres à pied. En arrivant il urina un peu de sang. Dans l'après-midi, il eut une crise de coliques avec vives douleurs des reins, et deux heures après, il urina d'un seul jet, un litre environ d'un liquide noirâtre, épais, qu'il appelle du sang meurtri.

Le lendemain, ne pouvant pas uriner, le pharmacien lui vendit

une sonde avec laquelle il se sonda lui-même et donna issue à des caillots sanguins très abondants.

Les jours suivants, il continue à pisser des caillots.

Cet état dure quinze jours, après quoi il se met au lit à cause de son extrême faiblesse. Quinze jours se passèrent encore pendant lesquels l'urine resta d'un noir rougeâtre et au bout de ce temps elle redevint claire.

Malgré le retour de l'urine à l'état normal, l'affaiblissement continue à augmenter rapidement. Fièvre le soir, œdème des pieds, langue sèche et couverte de muguet, face jaune et terreuse, cachexie profonde. Pouls 130. Température 38°,4, le 31 août. Urines claires, ne contenant pas de pus.

La région lombaire du côté gauche présente une grosse collection liquide développée autour du rein contusionné.

Le 3 septembre 1883. — On incise et on tombe dans un vaste foyer purulent renfermant des masses molles, constituées les unes par des morceaux de tissu rénal, les autres par des caillots sanguins.

Guérison le 22 octobre.

#### OBSERVATION V

Pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique. Par M. le Dr Ch. Monod, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine (*Annales génito-urin.*, 1891, p. 343).

J. D..., couvreur, est tombé d'une hauteur de 6 mètres sur le pavé, le 26 décembre 1888. La région lombo-abdominale gauche est douloureuse à la pression. On est obligé de sonder le malade et l'urine est sanglante; pas de caillots. L'abdomen est distendu, ballonné.

27 décembre. — Température  $37^{\circ},6$  le matin,  $38^{\circ},4$  le soir. Le ballonnement augmente, Pouls fréquent et petit. Traces de sang dans l'urine.

28 décembre. — Plus de sang dans les urines. Température  $37^{\circ},4$ .

29 décembre et jours suivants. — La température s'élève à  $38^{\circ}$  le matin ou à  $38^{\circ},4$ , puis elle oscille autour de  $38^{\circ}$ .

15 janvier. — Le malade se plaint de souffrir dans le côté. En l'explorant avec soin on découvre dans le flanc gauche une tuméfaction mal limitée.

28 janvier. — La tumeur du flanc a augmenté peu à peu de volume, elle est devenue franchement fluctuante.

Première ponction. — Liquide clair, limpide, jaune foncé ; ayant l'aspect de l'urine. Composition : Albumine, 3 gr. 20 par litre. Traces d'urée et d'acide urique. Au microscope, globules blancs et rouges. 24 heures après, il s'est formé un coagulum de fibrine assez abondant, emprisonnant des globules sanguins.

1<sup>er</sup> février. — Il existe manifestement de nouveau du liquide dans la poche. En prévision d'une nouvelle ponction et pour s'assurer que le liquide provient bien du rein, on a fait prendre la veille et l'avant-veille au malade une petite dose de salicylate de soude.

Deuxième ponction. — Liquide contenant davantage d'urée et du salicylate de soude en quantité notable.

Troisième ponction, le 11 février. — Liquide contenant manifestement du sang et 2 g. 55 d'urée par litre.

3 mars. — Le malade sort guéri.

## OBSERVATION VI

Thèse de Block (*De la contusion du rein*, Paris, 1873).

Contusion du rein gauche suivie de guérison.

Le 26 novembre 1872, à une heure de l'après-midi, le nommé X..., âgé de 38 ans, tombe de sa hauteur sur le côté gauche du corps ; le flanc fut violemment comprimé contre un madrier qui se trouvait sur le sol. Douleur très vive dans le flanc gauche et faiblesse extrême. Comme le lieu de l'accident était très rapproché de l'Hôtel-Dieu, le malade vint à pied à l'hôpital, mais il fut obligé de s'arrêter à chaque pas, car plusieurs fois il faillit se trouver mal. Pâleur extrême, pouls petit, peau froide et couverte d'une transpiration abondante. Vive douleur dans la partie latérale gauche de l'abdomen et du thorax. Cette douleur se fait particulièrement sentir à la pression du ventre, immédiatement au-dessous des fausses côtes ; en arrière, la région lombaire gauche est aussi extrêmement douloureuse ; les mouvements respiratoires augmentent l'intensité de la douleur, pas de fractures de côtes ; à l'auscultation, rien d'anormal du côté de la poitrine. Etat de lipothymie presque continuelle qui fait soupçonner une hémorrhagie du côté de la cavité abdominale. Pas de rétention d'urine quoique il n'y ait pas eu de miction depuis l'accident. Avant de pratiquer le cathétérisme, on prie le malade d'uriner, si cela est possible. Il rend une certaine quantité d'un liquide épais, très rouge et qui n'est autre chose que du sang mêlé à une faible proportion d'urine. Diagnostic : contusion du rein.

Prescription : vessie de glace sur la région lésée et une pilule d'opium de 5 centigrammes.

DORDONNAT

Le 27. — Pâleur de la face ; pouls filiforme. Avant la visite du matin le malade a encore uriné du sang presque pur.

A la visite du soir, le ventre est ballonné. Le malade a eu des hoquets et des nausées, mais pas de vomissements ; pas de miction depuis le matin. Le cathétérisme n'amène qu'une très petite quantité d'urine contenant peu de sang. La douleur persiste.

Le 28. — La pâleur de la face a diminué ; le pouls a son ampleur ordinaire. Température : 36°, pulsations 104.

Les urines sont tout à fait limpides et ne contiennent plus de sang. Le ballonnement du ventre n'a pas diminué.

Le 29 et le 30. — Température 37°. Pas d'hématurie.

1<sup>er</sup> décembre. — Les urines sont plus foncées, teintées un peu en rouge. Etat général satisfaisant.

Le 2. — Les urines sont encore plus rouges que la veille et contiennent une quantité notable de sang. Pas de caillot au fond du vase. Le flanc et l'hypochondre sont très saillants et douloureux.

Le 3. — Très grande proportion de sang dans les urines ; pas de caillots.

Le 4. — Dans la nuit du 3 au 4, le malade est pris d'une douleur très intense dans le côté gauche du ventre et jamais la souffrance n'avait été aussi grande. Agitation extrême, cris perçants ; face pâle, grippée, pouls petit, ventre ballonné ; la région lombaire, le flanc et l'hypochondre du côté gauche sont très douloureux à la pression. Pas de miction depuis le matin. Par le cathétérisme, on ne trouve que quelques gouttes d'urine dans la vessie.

Le 5. — Même état ; le malade n'urine pas.

Température 38°,6. Pulsations 96. On sonde le malade, mais la vessie est vide.

Le 6. — Enfin le malade a uriné ce matin à 5 heures et a rendu une grande quantité de liquide noirâtre (L'anurie avait duré 58 heures). Ecchymose sur le dos de la verge et sur le scrotum. A

partir du moment où les urines ont reparu, l'état général s'est amélioré et la douleur locale a diminué. Le faciès est meilleur, le ballonnement du ventre a diminué, et, le côté lésé étant moins douloureux à la pression, on constate une tuméfaction intra-abdominale dure, mate, occupant tout l'hypochondre gauche et faisant saillir le flanc et la région lombaire du côté correspondant.

Le 7. — Les urines sont toujours noirâtres, et comme on les a conservées tous les jours pour étudier la marche de l'hématurie, on remarque au fond du vase un caillot unique, brun, irrégulier, long de 2 centimètres environ, et épais d'un demi centimètre. La formation de ce caillot paraît remonter à plusieurs jours, et par l'examen microscopique, on constate que c'est bien un caillot sanguin. Il est probable que ce caillot a oblitéré l'uretère gauche et a empêché l'évacuation du sang.

Le 8. — L'amélioration va en augmentant ; la tumeur du ventre a diminué ; la langue n'est plus sèche. Température 37°,6.

Le 9. — Le malade évacue toujours une grande quantité d'urines noires (2 litres 1/2 dans les 24 heures). La tumeur est toujours très saillante, mais elle diminue surtout dans le sens vertical. Etat général excellent.

Le 10. — Diminution de la tumeur ; hématurie.

Le 11. — Urines sanguinolentes, et non plus noires : leur coloration est rougeâtre.

Le 12. — Urines sanguinolentes.

Le 13. — Les urines deviennent plus claires. On supprime la glace sur le ventre.

Le 14. — La tumeur est très limitée maintenant, elle est dure et peu douloureuse à la pression.

Du 14 au 17. — Les urines conservent leur coloration rougeâtre. Le ventre est souple.

Le 24. — Urines rougeâtres, contenant quelques globules sanguins irréguliers.

Le 27. — La tumeur diminue tous les jours ; elle n'a plus que le volume du poing et elle n'est plus douloureuse.

Le 30. — Urines plus claires ; elles sont rosées. Etat général excellent.

Le malade quitte l'hôpital le 6 janvier 1873.

Trois mois après, les urines sont aussi limpides qu'autrefois.

Suit cette réflexion de Block :

En raison de la rapidité avec laquelle s'est formé l'épanchement et en raison de la diminution que celui-ci a subi lorsque l'amélioration s'est montrée, il est permis de supposer que la tumeur était périnéphrétique.

#### OBSERVATION VII

Roux (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 septembre 1894,

n. 9, p. 1).

Pseudohydronéphrose traumatique par déchirure du rein.

E. M..., de Penthéréaz, âgé de 20 ans, agriculteur, entre à l'hôpital cantonal de Lausanne, le 6 mai 1889, pour une tumeur de l'abdomen qui commence à gêner sa respiration. Le 13 mars précédent, il a été renversé sous un char portant trois quintaux d'engrais, dont les deux roues lui ont passé sur le ventre, sous le rebord des côtes. Bien qu'il n'eût pas perdu connaissance, M.... n'a pu se relever et a dû être transporté dans un hôtel voisin. Il a peu souffert les premiers jours, tandis que plus tard, surtout quinze jours après l'accident, de violentes douleurs dans le bas-ventre et le flanc gauche l'ont empêché de dormir. Dès lors, il souffre un peu moins, mais les douleurs gardent la même localisation, dépassant rarement la ligne médiane.

Le D<sup>r</sup> Cordey, qui a vu le malade, est certain qu'il n'existait pendant les dix premiers jours aucune tumeur dans la région. C'est depuis ce moment que l'enflure est apparue peu à peu et dès lors le malade la sent grandir chaque jour. Il est gêné au creux épigastrique chaque fois qu'il mange, l'appétit, nul au début, revient un peu.

*Etat le 9 mai.* — Le malade est maigre, anémique. Ventre ballonné, surtout à gauche, avec une matité qui se poursuit sous le rebord costal, jusqu'à une ligne atteignant sous le mamelon la cinquième côte et rasant la pointe de l'omoplate en arrière. Cette matité dans le flanc gauche correspond à une résistance nettement fluctuante, qui dépasse la ligne blanche à moitié chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, atteint le bord latéral du muscle grand droit du côté droit et remplit la fosse iliaque gauche, en laissant un petit espace tympanique au-dessus de la symphyse. Au-dessus de l'ombilic, on croit sentir un ruban intestinal (colon) au-devant de la collection liquide. Pas de fièvre. Rien dans l'urine.

Les commémoratifs excluent un hématome et l'on admet une poche urinaire par lésion de l'uretère. Une péritonite enkystée traumatique paraît bien peu probable.

Une ponction dans les lombes permet l'évacuation de six litres d'un liquide jaune clair, transparent, dont les deux derniers sont un peu colorés en rose, puis présentent quelques flocons qui tendraient à troubler le tout. Voyant la coloration rose s'accroître, on arrête l'évacuation du liquide, avant que la poche soit sensiblement vidée.

« Le liquide contient (partie claire) beaucoup d'albumine. Poids spécifique 1002, trop peu élevé pour de l'urine. Pas de dégagement d'azote avec l'hypobromite de soude. Quelques bulles seulement se dégagent après un instant, mais il y a tout lieu de croire que cela ne provient pas de la présence d'urée. »

Tel est le résultat d'un rapide essai tenté par M. de Crousaz, pharmacien à l'hôpital, pendant la ponction.

Plus tard on trouve : « Poids spécifique 1002. Albumine 6 pour 100. Chlorures 0,05 pour 100. Urée 0,419 pour 100. L'absence complète d'acide urique dans ce liquide permet d'affirmer que ce n'est pas de l'urine. »

Quant à l'urine secrétée et émise dans les 24 heures par le malade, elle donne du 9 au 16 mai 1200, 1000, 1000, 800, 750, 540, 400 ; pas d'albumine ; 30 gr. 84 d'urée par litre.

Après la ponction, le malade se sent beaucoup mieux, mais le 14, il se plaint d'une vive douleur siégeant à gauche de l'ombilic, directement sur la tumeur, où l'on voit une proéminence qui le fait souffrir à la moindre pression, comme à chaque mouvement.

Du reste, pas de signes d'inflammation, aucune élévation même minime de température.

On se décide à faire une incision.

Le 16 mai. — A la cocaïne, incision lombo-inguinale oblique comme pour la néphrectomie. On arrive sur la poche qu'on incise. Il s'écoule une grande quantité de liquide rougeâtre. En pénétrant dans la vaste poche, on sent une grande quantité de masses ayant la consistance de gelée de viande, l'aspect myxomateux, rose brun, transparent.

On peut explorer la cavité jusqu'à la huitième côte en arrière, jusqu'à la septième en avant, jusque dans la fosse iliaque. En palpant la paroi même du kyste, on a l'impression qu'elle s'épaissit en montant.

A l'examen microscopique des masses gélatineuses, on y reconnaît la présence de longs tubes urinifères en nombre considérable, que l'on observe aussi bien dans la face de section en cassure (lumen) que dans leur longueur. En outre nombreuses cellules éparses en dégénérescence graisseuse.

Dans la plaie deux drains et un vaste tampon de gaze iodofornée. Pansement sec.

Du 16 mai au 1<sup>er</sup> juin, la quantité d'urine varie entre 500 le 16-17 et 1450 le 17-18, se tenant en moyenne autour de 900.

Le 24 mai. — Le malade se lève, se sent moins faible.

Le 29 mai. — On essaie d'analyser le liquide qui s'écoule dans le pansement, mais on n'y trouve pas d'acide urique, ni par la voie chimique, ni au microscope.

Le 8 juillet. — Le malade quitte l'hôpital avec une fine fistulette d'où s'écoule un peu de liquide clair semblable à de l'urine.

Peu de mois après l'opération, E.-M. doit être mort des suites d'une phthisie rapide, à ce que pense le D<sup>r</sup> Cordey; l'autopsie n'a pas été faite.

### OBSERVATION VIII

Thèse de Poireault (*De la contusion du rein*. Paris, 1882).

Contusion et rupture du rein droit.

Le nommé X..., 17 ans, est reçu le 30 mai 1881, à l'hôpital Tenon, salle Velpeau. Il ne peut pas marcher, et nous raconte qu'il a reçu la veille un coup de balançoire au niveau de la région lombaire droite.

La région hépatique n'est pas douloureuse. Pas de fracture de côte. On trouve seulement une ecchymose au point où a frappé la balançoire. Douleur vive à la palpation.

Les urines sont très rouges, fortement colorées par du sang; la miction est normale; il n'est pas rendu de caillots. Température 37°,6.

1<sup>er</sup> juin. — A la visite du matin, on ne constate aucun changement. le soir, les urines sont claires et contiennent à peine un peu de sang.

Le 2 juin. — Urines normales. Les douleurs diminuent.

Le 7. — Jusqu'à ce jour, il n'est rien survenu de nouveau; les urines examinées à plusieurs reprises n'ont présenté ni sang, ni sucre, ni albumine, ni matières colorantes; la température n'a pas dépassé 38°. L'appétit est bon; tout semble donc devoir aller pour le mieux.

Le 7, soir. — Douleurs violentes, frisson prolongé.

Le 8. — Faciès grippé, anxieux, douleurs vives; vomissements brunâtres et bilieux à plusieurs reprises.

Le ventre est normal, le péritoine ne semble pas touché. Les douleurs sont vives au niveau du rein droit, surtout en arrière où on constate une notable tuméfaction; la palpation permet de sentir une vague fluctuation.

Urines fébriles, non sanglantes. Peau chaude T. 39 et 40°.

Les phénomènes graves de la veille sont loin de s'amender, le faciès est de plus en plus grippé, les vomissements sont plus fréquents et se font sans efforts. Une selle. Urines fébriles. Teinte subictérique des conjonctives.

Le 10-11. — Aggravation de l'état précédent, yeux caves, affaiblissement de la voix, vomissements incoercibles. Ictère très prononcé. Rien dans les urines. Température 38°.

12-13. — Persistance des phénomènes précédents et dépression rapide, refroidissement des extrémités, ictère très marqué. Réaction des pigments biliaires pour la première fois, le matin de la mort.

Mort à 2 heures de l'après-midi (13 juin).

*Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité péritonéale, on aperçoit une saillie considérable, étalée en avant du rein droit; on décolle

e cœcum, mais, ce faisant, on déchire le péritoine et il s'écoule de la tumeur un liquide couleur lie de vin très abondant.

Après avoir enlevé les différents viscères qui sont tous sains, on incise la tumeur et on tombe sur une vaste poche, emplies de liquide, semblable à celui qui s'est écoulé, avec caillots sanguins et grumeaux de pus, s'étendant de la face inférieure du foie jusqu'à l'extrémité inférieure de la fosse iliaque : le psoas est disséqué, en partie détruit, depuis sa partie supérieure jusque dans la fosse iliaque.

Le rein nage au milieu du liquide ; il est sectionné transversalement au niveau du hile en deux moitiés égales, situées à une grande distance l'une de l'autre aux extrémités de la vaste poche ; les surfaces de section sont granuleuses, irrégulières comme celles qu'on produirait en dilacérant un rein normal. Le bassinet est déchiré, à peine reconnaissable, on ne trouve rien dans l'uretère ni dans la vessie.

#### OBSERVATION IX

Stanley (Vincent) (*Méd. chir. Transact.*, 1844, t. XXVII).

Une femme est renversée par une voiture.

Fracture du fémur gauche et forte contusion de l'hypochondre droit. Urine et miction normales. Les phénomènes aigus calmés, reste une tuméfaction circonscrite à l'hypochondre droit.

Cette tumeur augmente et devient fluctuante avec poussées douloureuses et petits frissons. On croit à un abcès du foie.

Deux ponctions à dix jours de distance donnent : la première deux à trois, la seconde six pintes de liquide clair, jaune paille,

d'odeur urineuse, contenant de l'albumine et une petite quantité d'urée.

Le liquide se reproduit rapidement avec grand malaise.

Mort par aggravation de l'état général, dix semaines après l'accident.

*Autopsie.* — Grande poche rétro-péritonéale allant du diaphragme au bassin, à parois formées par des fausses membranes et du tissu cellulaire épaissi; contenant un mélange de pus et d'urine fétide. A sa partie supérieure, ouverture de communication avec le bassin, large et irrégulière, ayant les apparences d'une déchirure.

#### OBSERVATION X

Hawkins (Caesar) (*Med. chir. Transact.*, 1833, p. 177).

Un jeune garçon de 6 ans est renversé par une voiture.

Vive douleur. Hématurie non mentionnée.

Dix jours après, tumeur à droite qui augmente et finit par s'étendre de l'hypochondre à la fosse iliaque, et des lombes un peu au-delà de la ligne blanche. Fièvre, émaciation.

Ponction qui donne 18 onces de liquide clair transparent, sans albumine. Les urines sont normales.

Mort peu après sans cause appréciable.

*Autopsie.* — Poche située en dehors du péritoine, remplissant toute la moitié droite du ventre et la fosse iliaque, contenant deux pintes de liquide semblable à celui de la ponction, et une matière

blanche demi-purulente. L'uretère tortueux et allongé pouvait être suivi à la partie interne et antérieure du kyste dans l'épaisseur de ses parois ; il pénétrait dans le rein à la manière ordinaire et n'avait aucune communication avec le kyste. Le bassinot offrait deux petites ouvertures. Le rein était de volume ordinaire ; sa surface antérieure concourait à former la paroi postérieure du kyste.

#### OBSERVATION XI

May Bennett (*British medic. Journal*, 1883, t. I, p. 108).

Un homme de 24 ans a reçu un coup de pied sur le ventre. Vive douleur abdominale, surtout à gauche.

Hématurie qui dure quatre jours, puis cesse brusquement, en même temps qu'il y a recrudescence de douleur à gauche.

Cuisse fléchie sur le ventre. La douleur irradiait dans la cuisse, l'aîne et le scrotum.

Ponction exploratrice au niveau du bord externe du sacro-lombaire ; on pénètre à plusieurs pouces de profondeur, on extrait sept onces de liquide sanguin et urineux, ayant une odeur ammoniacale. Quelques heures après, le malade rend de l'urine sanglante en quantité considérable. De même pendant quelques jours, puis le sang diminue et finit par disparaître.

Douze jours après l'accident, l'urine ne contenait plus de sang. Cinq jours après, le malade demandait son exeat.

Peu de temps après, les douleurs reparurent avec même irradiation, et flexion de la cuisse. Le malade rentre à l'hôpital.

Trois semaines après, on pouvait sentir profondément, dans la fosse iliaque, une tuméfaction dure qui fut considérée comme un foyer inflammatoire résultant de la déchirure de l'uretère.

La guérison finit par se faire sans suppuration.

## CONCLUSIONS

I. — Les épanchements uro-hématiques périrénaux sont une conséquence de la contusion du rein au troisième degré, avec rupture concomitante du bassinet et de l'uretère.

II. — Les épanchements uro-hématiques périrénaux diffèrent totalement des hydronéphroses traumatiques : ils se forment en quelques jours, ils atteignent un volume énorme.

III. — Lorsque l'épanchement périrénal a acquis un volume considérable, sa tension lui permet de forcer les plaies du rein, du bassinet et de l'uretère déjà en voie de cicatrisation, et de se vider dans les voies urinaires inférieures par une hématurie tardive.

IV. — Les hématuries *tardives* ou *fausses hémorrhagies* (Tuffier), par opposition aux hématuries secondaires, qui sont des hémorrhagies vraies, sont bénignes dans la majorité des cas.

V. — L'élévation de température des premiers jours n'est pas, en général, l'indice d'une infection.

VI. — Dans la majorité des cas, le traitement de choix sera l'expectation. Le chirurgien n'interviendra que si l'hémorrhagie, trop abondante, met la vie du malade en danger ou si le foyer sanguin est infecté.

---

Vu : le Président de la thèse,  
TILLAUX.

Vu : le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.







